

**POLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
REGIMEN SUBSIDIADO
CONDICIONES GENERALES QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA**

TOMADOR:

POLIZA:

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A., quien para efectos de la presente póliza en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las condiciones aquí estipuladas, así como las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR**; indemnizará hasta por el valor asegurado, el riesgo económico que implica para la Entidad Promotora de Salud (EPS) la atención a los afiliados afectados por enfermedades de alto costo, una vez se acredite que como consecuencia del hecho **LA COMPAÑÍA** deba indemnizar.

CLÁUSULA PRIMERA: - AMPARO BÁSICO

Sujeta a los términos y condiciones de la presente póliza, **LA COMPAÑÍA** indemnizará hasta por el monto de la cobertura máxima pactada, el riesgo económico que implica para la EPS la atención a los afiliados afectados por enfermedades de alto costo, de acuerdo con su definición legal. Queda entendido y convenido que cualquier cambio de las condiciones básicas del Plan Obligatorio de Salud en relación con las enfermedades de alto costo relacionadas en esta póliza será sujeto de discusión, si ello requiere cambio de las condiciones de asegurabilidad, los cambios serán comunicados a **LA COMPAÑÍA** por **EL TOMADOR** durante los diez (10) días calendario siguientes a la ocurrencia de los mismos; **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho a ajustar automáticamente las condiciones de la póliza en aquellos casos en que la norma sea imperativa y de inmediato cumplimiento; a las partes contratantes no les será viable discutir el alcance de las mismas, en tal caso solo habrá lugar a un eventual ajuste de primas y límite asegurado cuando sea el caso y de común acuerdo entre las partes.

CLÁUSULA SEGUNDA: - COBERTURAS

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinámica para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

2.1 TRASPLANTE RENAL, DE CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA O CÓRNEA

Reemplazo con fines terapéuticos de médula ósea, hígado o córnea del paciente, por otro u otros asimilables, proveniente del mismo receptor o de un donante vivo o muerto. Debe ser realizado en un hospital o clínica de alta especialidad, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobado por la autoridad competente.

Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas en la normatividad vigente y la prestación comprende:

- Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
- Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la entidad promotora de salud del receptor.
- Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o célula a trasplantar, según tecnología disponible en el país en el momento del evento.
- El trasplante propiamente dicho en el paciente.
- Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
- Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
- Los principios activos y/o medicamentos serán cubiertos conforme a la normatividad vigente.

Nota: No estará cubierto el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

2.2 MANEJO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES CARDIACAS, DE AORTA TORÁCICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES

Actividades, intervenciones y procedimientos de imagenología, cardiología y de hemodinamia para confirmación del diagnóstico inicial, la complementación diagnóstica y el control posterior al tratamiento. Procedimientos quirúrgicos para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el trasplante de corazón y la cardiectomía del donante y aquellos necesarios para el manejo de las patologías del corazón, grandes vasos que comprende desde la arteria aorta hasta su bifurcación, vasos pulmonares y renales y vena cava, con el control hospitalario, controles postoperatorios, manejo de las

complicaciones directas del acto quirúrgico, las complicaciones relacionadas directamente con la patología y controles postoperatorios; Se excluyen vasos del sistema linfático. Se incluye también la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo del Miocardio.

2.3 TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las operaciones plásticas en cráneo, necesarias para el manejo quirúrgico de las afecciones vasculares y neurológicas intracraneales, afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica. Cubre además las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados, bien sea que el procedimiento quirúrgico lo haya practicado neurocirugía u ortopedia y traumatología.

2.4 CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA HERNIA DE NÚCLEO PULPOSO INCLUYENDO LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN QUE SE REQUIERAN

Cubre la intervención quirúrgica y la atención integral a partir del momento de la cirugía hasta la rehabilitación del paciente y el dado de alta del mismo por el médico tratante en los casos de hernia del núcleo pulposo.

2.5 ATENCIÓN EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA CON TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA SU ATENCIÓN Y/O LAS COMPLICACIONES INHERENTES A LA MISMA EN EL ÁMBITO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO

Procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesarias para la atención de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de insuficiencia renal y/o sus complicaciones inherentes, todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.
- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.
- El control permanente del trasplantado renal.
- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

No se cubre el manejo de las patologías coexistentes o coadyuvantes de la enfermedad renal, ni las complicaciones de estas.

2.6 ATENCIÓN INTEGRAL DEL GRAN QUEMADO

Se cubren procedimientos, intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para la atención de pacientes con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal o quemaduras profundas en cara, manos, periné, pies o genitales independientemente de su extensión. Atención ambulatoria u hospitalaria. Internación en servicio de hospitalización de

cualquier complejidad, que se requiera para su manejo. Intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas. Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

Se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

- Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.
- Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
- Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
- Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
- Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
- Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

2.7 PACIENTES INFECTADOS POR VIH/SIDA

Cubre la atención integral de los pacientes VIH positivos confirmados, ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad requerida, los insumos y materiales, el suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema. La carga viral para VIH/SIDA. Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

2.8 PACIENTES CON CÁNCER

Cubre los estudios para diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica, los de complementación diagnóstica y de control, el tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria, la quimioterapia, la radioterapia, el control y el tratamiento médico posterior, y el manejo del dolor del paciente terminal.

Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años; de 6 a 14 años y de 14 años a menores de 18 años, tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

2.9 REEMPLAZOS ARTICULARES

Cubre el reemplazo parcial o total de la articulación de cadera o rodilla con material sintético, con el fin de recuperar la capacidad funcional. Procedimientos quirúrgicos, la prótesis, los derechos de hospitalización, medicina física y rehabilitación inicial intrahospitalaria, manejo de complicaciones relacionadas directamente con el procedimiento quirúrgico y los controles postoperatorios con el médico tratante. El amparo es vigente a partir del momento en que al paciente se le realice el procedimiento quirúrgico.

2.10 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Atención dentro de la unidad de cuidados intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

Pacientes críticamente enfermos de todas las edades, para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según las normas de calidad.

- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en cuidados intensivos.
- La cobertura de medicamentos está incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente del sistema.

No se cubrirá en los siguientes casos:

1. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante.
2. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

2.11 MANEJO QUIRURGICO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Cubre los procedimientos quirúrgicos realizados con el fin de corregir malformaciones congénitas (alteraciones macrosómicas presentes al momento del nacimiento), de los eventos quirúrgicos definidos en los manuales tarifarios como "grupos especiales" (Grupos 20 al 23 del Decreto 2423/96 o de más de 140 UVR del Acuerdo 256 de 2001). Tecnologías en salud (intervenciones y procedimientos) para la confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización y/o tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo y el control posterior al tratamiento.

2.12 MANEJO DEL TRAUMA MAYOR

Manejo de urgencias y tratamiento intrahospitalario médico y quirúrgico para el paciente que ha sufrido una lesión física, traumática o química que interesa a uno o más órganos o sistemas, poniendo en peligro inminente su vida. Lo anterior de acuerdo con la tabla del índice de Trauma Revisado, en el cual se tendrá cobertura cuando el puntaje sea igual o mayor a 15. Atención de urgencias, intervenciones y procedimientos para confirmación del diagnóstico inicial, hospitalización médica o quirúrgica, tratamiento ambulatorio en caso de necesitarlo, rehabilitación, manejo de complicaciones directamente relacionadas con el trauma mayor, control posterior ambulatorio u hospitalario al tratamiento.

CLÁUSULA TERCERA: – LÍMITE ASEGURADO

El límite asegurado, representa la máxima responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** por los gastos causados durante la vigencia de la póliza, en relación con cada una de las enfermedades amparadas y está claramente definida en la carátula de la póliza y en los anexos que hacen parte integral de la póliza.

CLÁUSULA CUARTA: – DEDUCIBLE

Corresponde al monto de los gastos de cada una de las enfermedades amparadas, estipulado en la carátula de la póliza, que se deduce de la indemnización y que, por lo tanto, siempre está a cargo del **TOMADOR**. El deducible es por patología por paciente y por vigencia de la póliza.

CLÁUSULA QUINTA: – LIMITACIONES DE LA COBERTURA

LA COMPAÑÍA indemnizará el riesgo económico que implica para la EPS la atención de los afiliados afectados por enfermedades definidas por la norma como de alto costo que se presente con posterioridad tanto a la fecha de suscripción de la presente póliza, como a la fecha en que el paciente haya adquirido la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado ante **EL TOMADOR**.

CLÁUSULA SEXTA: - BASE DE DATOS DE AFILIADOS

Es requisito indispensable que el afiliado se encuentre previamente inscrito en los registros del **TOMADOR** y que sea reportado a **LA COMPAÑÍA**.

GARANTÍA: Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, **EL TOMADOR** enviará a **LA COMPAÑÍA** por el aplicativo de cargue de base de datos y/o en medio magnético la base de datos con las novedades de ingreso y/o retiro de todos y cada uno de sus afiliados. Esta base debe cumplir con los requisitos establecidos en la legislación vigente. La población tomada como referencia para la facturación y para el reconocimiento de indemnizaciones es la que reposa en los registros reportados por **EL TOMADOR** mensualmente a **LA COMPAÑÍA**.

Los recién nacidos estarán cubiertos por la presente póliza siempre y cuando sean reportados por **EL TOMADOR** a **LA COMPAÑÍA** en la base de datos dentro de los treinta días siguientes en que la EPS tenga conocimiento del nacimiento de acuerdo con el artículo 1060 y el inciso 1° del artículo 1058 del Código de Comercio.

La base de datos se considera amparada dentro de los términos del seguro siempre y cuando sea por aumento normal de la población. Cuando ocurren estas variaciones las condiciones de la póliza serán revisadas de nuevo por las partes y se aplicarán los ajustes necesarios en la prima y se podrán revisar el límite y el deducible de la póliza

El incumplimiento en el envío de la Base de datos, podrá generar revisión de términos o en su defecto, objeción del pago de indemnizaciones.

CLÁUSULA SÉPTIMA: – PAGO DE LA PRIMA

EL TOMADOR del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de primas es condición indispensable para la vigencia de seguro, si no existiera un acuerdo diferente entre las partes acerca del pago de las primas, la facturación y el pago será mensual, teniendo en cuenta la variación en el número de afiliados. Deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

El no pago oportuno, producirá la terminación del contrato al tenor de lo establecido en el artículo 1068 del código de comercio.

Se considera recaudada la prima cuando el pago se consigne en la cuenta Bancaria autorizada de la Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.

CLÁUSULA OCTAVA: - CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Para la expedición del certificado de vigencia de la póliza con destino al Ente Territorial **EL TOMADOR** deberá estar al día en el pago de las primas y en el envío de la base de datos estipulada en la condición sexta.

CLÁUSULA NOVENA: - EXCLUSIONES

Esta póliza no ampara:

1. Tecnología en salud considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones.
2. Tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnología en salud que se utiliza con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
7. Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
8. Tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud de Régimen Subsidiado.
9. Patologías relacionadas con vasos del sistema linfático.
10. Patologías cardiacas no quirúrgicas durante la fase ambulatoria.
11. Medicamentos NO POS.

12. Aquellos que expresamente defina el cambio de la normatividad en salud
13. Eventos judiciales como tutelas, determinación legal o judicial en los casos no contemplados en la cobertura. Sin embargo de estar cubierta por la póliza se indemnizará de acuerdo con los límites establecidos.
14. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
15. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
16. Tratamientos para la infertilidad.
17. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
18. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
19. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
20. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
21. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
22. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
23. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en la normatividad vigente.
24. Tratamiento con psicoanálisis.
25. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en la normatividad vigente.
26. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
27. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en la normatividad vigente.
28. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
29. Pañales para niños y adultos.
30. Toallas higiénicas.
31. Artículos cosméticos.
32. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
33. Líquidos para lentes de contacto.
34. Tratamientos capilares.
35. Champús de cualquier tipo.
36. Jabones.
37. Cremas hidratantes o humectantes.

38. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
39. Medicamentos para la memoria.
40. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
41. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en la normatividad vigente.
42. Enjuagues bucales y cremas dentales.
43. Cepillo y seda dental.
44. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
45. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
46. Tratamientos de patologías causadas por:
 - Radiaciones ionizantes, polución o contaminación radioactiva
 - Lesiones recibidas en actos de guerra (declarada o no) revolución, sedición, conmoción civil o popular, terrorismo y huelga. lesiones sufridas como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.
 - Accidentes de trabajo o enfermedad laboral.
 - Tratamientos psiquiátrico y psicológico.
 - Tratamientos no reconocidos por asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
 - Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica, establecido para el sistema general de seguridad social en salud, o drogas y sustancias experimentales.
 - Extracción y preservación de los órganos de los donantes y los exámenes de valoración de los donantes y preparación de los mismos, con excepción del donante efectivo.
 - Actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad.
 - Accidentes de tránsito.
1. No existe cobertura en Unidad de Cuidados Intensivos en los siguientes casos clínicos:
 - Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.
 - Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.
 - Pacientes con signos de muerte cerebral o de descerebración.
 - Pacientes que a juicio del médico de la unidad de cuidados intensivos – UCI, en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, no ofrezca posibilidades para su recuperación.
2. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
3. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
4. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

5. Atenciones de balneoterapia.
6. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
7. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
8. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
9. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

LA COMPAÑÍA no se hará responsable de las lesiones o daños que pudiese sufrir el afiliado a la EPS, con ocasión del transporte o traslado desde el lugar de origen al centro hospitalario, excepto los gastos médicos expresamente cubiertos por la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA: - AVISO DE SINIESTRO

Se conviene que el máximo plazo para el aviso y reporte del siniestro por parte del asegurado a **LA COMPAÑÍA** será de treinta (30) días contados a partir del momento en que el asegurado, haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: - RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

EL TOMADOR está obligado a demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, para lo cual deberá presentar a **LA COMPAÑÍA** la reclamación junto con los originales de los siguientes documentos foliados relacionados, sin perjuicio que **LA COMPAÑÍA** pueda solicitar otros que estime convenientes para proceder a liquidar el valor de la indemnización.

- 1) Aviso del siniestro según formato de **LA COMPAÑÍA**.
- 2) Solicitud de indemnización, en el formato establecido por **LA COMPAÑÍA**
- 3) Original o copia (debidamente certificada por el contador público) de la factura de la **IPS**, en la que se detalla las atenciones en salud prestadas al afiliado, discriminado por servicio.
- 4) Fotocopia del documento de identidad del afiliado (cédula de ciudadanía).
- 5) Copia de la historia clínica completa.
- 6) Copias de los reportes de los exámenes de laboratorio y de imágenes diagnósticas practicados al afiliado. (pruebas serológicas positivas para VIH, WESTERBLOT confirmatorio)
- 7) Resultado de informe patológico si fuere el caso. (confirmatorio de patología amparada).
- 8) Otras cuentas, discriminando todos los gastos, de la atención médica del caso, tales como pagos a instituciones prestadoras de servicio de salud, médicos, paramédicos, laboratorios clínicos y droguerías o farmacias, y todas aquellas que sean conducentes y pertinentes para sustentar la atención médica.
- 9) Otras pruebas complementarias establecidas en la ley, que demuestren el derecho al pago de la prestación asegurada.

LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DE DERECHO AL PAGO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: - TARIFAS PARA RECONOCIMIENTO DE INDEMNIZACION

LA COMPAÑÍA Indemnizará acorde con las tarifas autorizadas dentro de un marco de racionalidad de precios del mercado local y nacional y teniendo en cuenta, lo topes de precios para medicamentos regulado por la Ley. En ningún caso se reconocerá por encima de las tarifas SOAT (Decreto 2423 vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro) y/o ISS Acuerdo 256 de 2001, indexado a la fecha de la prestación del servicio.

Asimismo, **LA COMPAÑÍA** indemnizará por prótesis articulares parciales o totales de cadera y rodilla, prótesis cardiovasculares o biomecánicas, marcapasos, material de osteosíntesis, sistemas de derivación ventrículo peritoneales y otros elementos destinados a reemplazar funciones biológicas cubiertos por la póliza, el precio pagado por al IPS que prestó el servicio, por lo que se deberá anexar factura de compra del insumo sin exceder del promedio del mercado nacional.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: - PAGO DE SINIESTROS

LA COMPAÑÍA indemnizará al asegurado, dentro del mes siguiente al perfeccionamiento de la reclamación, prestado dentro de la vigencia de la póliza y del límite asegurado, que se encuentre debidamente causados por **EL TOMADOR**. **LA COMPAÑÍA** en caso de siniestros, se reserva el derecho a comprobar el estado de salud del afiliado, diagnóstico, tratamientos, evolución veracidad de las cuentas, entre otros aspectos, obligándose al tomador a permitir los exámenes, informes y autorizaciones que la compañía requiera.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – CAPACITACIÓN EN LA OPERACIÓN Y MANEJO TECNICO DEL SEGURO

LA COMPAÑÍA ofrecerá al tomador la capacitación en el manejo y operación técnico del seguro de alto costos a los funcionarios de la EPS en su sede principal, a través de un seminario taller.

CLÁUSULA DECIMO QUINTA: - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del código del comercio. El cual dice así: “Las acciones que se derivan del contrato de seguro de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Y empezará a correr a partir de la prestación del servicio médico por parte de la IPS que designe **EL TOMADOR** para la atención del afiliado. Esta póliza cubre siniestros ocurridos dentro de la vigencia de la póliza y que le sean avisados a la compañía máximo en un periodo de tres (3) meses después de finalizada la vigencia, cobrados según las normas legales y vigentes de prescripción ordinaria de dos (2) años. Contados a partir de la fecha de ocurrencia del tratamiento. De acuerdo con lo estipulado en el artículo 1081 del código de comercio. Es decir que los siniestros que no sean reportados por **EL TOMADOR** a la aseguradora dentro de los tres (3) meses siguientes a la finalización de la vigencia no estarán cubiertos a pesar de que sus gastos se incurran dentro del periodo del seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: - COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, **LA COMPAÑÍA** soportará la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La inobservancia de esta obligación o la mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada bajo esta póliza. Además de la pérdida del derecho a la indemnización, la mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del siniestro permitirá además a **LA COMPAÑÍA** hacer uso del derecho de revocación, Artículo 1071 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: - ACTUALIZACIÓN DE VALORES

Se conviene que, para efectos de mantener, por una parte, el equilibrio y equidad del presente contrato de seguro y por otra, el valor real de la variable económica, **EL TOMADOR** podrá decidir anualmente, desde la fecha efectiva de reajuste de la UPC-S y en el mismo porcentaje de incremento, ajustar el valor asegurado, el deducible y la prima.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El amparo terminará para cada uno de los afiliados, en la fecha de: 1. Terminación, revocación o no renovación de la póliza. 2. Retiro del afiliado del régimen subsidiado. 3. Al agotarse el valor asegurado por evento anual de un tratamiento iniciado durante la vigencia de la póliza. 4. Muerte del afiliado.

CLÁUSULA DÉCIMIMO NOVENA – EVALUACIONES PERIÓDICAS

LA COMPAÑÍA reservará el derecho de comprobar, cuantas veces sea necesario, el uso que **EL TOMADOR** está haciendo de las coberturas, que otorga esta póliza. En consecuencia, **EL TOMADOR** tendrá la obligación de facilitar a la compañía los informes sobre las atenciones en salud y estado de salud de los afiliados, tanto anteriores como presentes, así como la información sobre su identificación, fecha de ingreso y otros aspectos que la compañía considere convenientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: - MODIFICACIONES

Cualquier condición que **LA COMPAÑÍA**, de acuerdo con **EL TOMADOR** agregue a la presente póliza por anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre unas y otras, primarán las condiciones adicionales.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: - PERIODOS DE CARENCIA

No existirá ningún período de carencia, es decir; los afiliados con diagnóstico positivo de las patologías que cubre el seguro, quedarán cubiertas desde la fecha en que comienza la vigencia de la presente póliza y el respectivo registro del ingreso del afiliado en la base de datos enviada a **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: – PERIODO DEL SEGURO

El seguro tendrá la vigencia de la fecha y hora indicada en la caratula de la póliza, y podrá ser renovada por periodos de acuerdo a las condiciones que se convengan entre **EL TOMADOR** y **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: – REVOCACION DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por cualquiera de los contratantes, así: a) Por **LA COMPAÑÍA** mediante comunicación escrita enviada al tomador a su última dirección conocida con no menos de treinta (30) días calendario de antelación contados a partir de la fecha de envío de la misma. b) Por **EL TOMADOR** en cualquier momento mediante comunicación escrita enviada a **LA COMPAÑÍA**, la revocación da derecho al tomador a recuperar la prima no devengada. La liquidación del importe de la prima no devengada se hará a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del 10% sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA - REVISIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

No obstante, lo estipulado en la presente póliza, **LA COMPAÑÍA** y **EL TOMADOR**, efectuarán revisiones periódicas para verificar el comportamiento de la misma con el fin de determinar los ajustes que se requieran, los cuales dependerán del comportamiento de siniestralidad (frecuencia y severidad).

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: – VOLUMEN DE USUARIOS

Si el volumen de usuarios de los indicados inicialmente en la caratula de la póliza es inferior al 70% **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de ajustar la prima.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA: – DIFERENCIA EN EVALUACIONES DE RECLAMACIONES

Para dirimir las diferencias que surjan en el ajuste de una reclamación, se establecerá una reunión integrada por delegados del **TOMADOR** y **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: - DEFINICIONES

TOMADOR: Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la póliza y que obrando por cuenta propia o de un tercero traslada los riesgos a la compañía de seguros. Será responsable del pago de la prima.

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA (EPSS): Entidad que maneja (Previo contrato con Municipios y Departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el Plan Obligatorio de Salud para el régimen subsidiado.

BENEFICIARIO: Es quien tiene el derecho a recibir el pago de la indemnización para efectos de esta póliza de alto costo es el mismo tomador.

DEDUCIBLE: Es la suma previamente convenida que invariablemente se deduce del importe que se va a indemnizar. Es asumido por el asegurado.

AFILIADO: Es la persona que, inscrita previamente en los registros del **TOMADOR**, adquiere la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado.

ENFERMEDAD: Es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud.

ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS: Son las enfermedades que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento. Definidas y reguladas como tales por las disposiciones legales vigentes, enmarcadas con la Resolución 5261 de 1994, Acuerdo 029 de 2011 al igual que las demás normas concordantes y reglamentarias que se expidan en un futuro y que regulen la materia.

CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, DC., Colombia.

Firmada por las partes en Bogotá D. C., a los días del mes de de

LA COMPAÑÍA

EL TOMADOR